

ГОСТРІ СТРЕСОВІ ВИРАЗКИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧОЮ, ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ ТА ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ

Барсук В.І., Гольченко Н.О.; Курбатов В.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник –доц. В.П. Шевченко

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії, Сумська обласна клінічна лікарня

На відміну від виразкової хвороби з її характерними етіологічними факторами (спадкова схильність, хелікобактерна інфекція, нервово психічні перевантаження), гострі стресові виразки патогенетично пов'язані з екстремальними впливами. Провідне значення в ульцерогенезі стресових виразок надають ішемії слизової оболонки шлунка і ДПК в умовах розладу мікроциркуляції, гіповолемії, плазмовтрати та гіпотонії; збільшенню продукції АКТГ при стресі, кортикостероїдів, катехоламінів, гістаміну, що зумовлюють негативний вплив на захисний бар'єр слизової оболонки, та підсилюють кислотно-пептичний фактор і порушення гастродуоденальної моторики. Гострі ерозії та виразки протікають безсимптомно та виявляються, як правило, при виникненні масивної кровотечі. Частота кровотечі, за даними літератури, сягає 80%. У 36% хворих зі ГСВ спостерігається перфорація виразки.

Летальність при ГСВ коливається від 6 до 87,5% в залежності від перебігу основного захворювання, на фоні якого виникли стресові виразки. Ще в 1842 Curling навів 12 прикладів смерті від кровотечі із гастродуоденальних виразок, у хворих з тяжкими опіками. В 1932 р. Cushing описав утворення виразок у шлунку і кровотечу у хворих після тяжких ЧМТ.

Мета дослідження. Вивчити частоту, особливості і результати лікування ГСВ при тяжких ЧМТ та опіковій хворобі.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 230 постраждалих з тяжкою черепно-мозковою травмою, які лікувалися в нейрохірургічному відділенні, та 26 хворих з опіковою хворобою, які перебували в опіковому відділенні СОКЛ на протязі 2009 року. В алгоритм обстеження крім рутинних лабораторних тестів, використовувалася ЕГДС. Активність кровотечі та стан гемостазу оцінювали за Forrest.

Результати. Серед 230 постраждалих з тяжкою ЧМТ(забоями головного мозку, внутрішньочерепними гематомами) оперовано 132(57,4%).

Гастродуоденальні кровотечі різного ступеню тяжкості на 2-3 добу після операції спостерігалися у 16(12,1%) хворих. У 10 хворих консервативне лікування, яке включало парантеральне введення квателу, контралока в мегадозах, трансфузію компонентів крові, транексамової кислоти було ефективним. У 2 пацієнтів у зв'язку з відсутністю гемостазу проведено оперативне втручання. Серед 26 хворих з тяжкими опіками(площа глибоких опіків більше 30%) гастроінтестинальні кровотечі спостерігалися на 7-10 добу у 6 (23,1%) випадках. Консервативне лікування було ефективним у 4 із них. 2 постраждалих були прооперовані. Померли після операції 2 хворих. Морфологічно виразки Кушинга і Курлінга не відрізнялися. В обох випадках це були гострі стресові виразки, множинні, що розташовувалися по малій кривизні. Дно гострих виразок було покрито фібрином або згустком крові. Їхній діаметр - 2-3 мм і більше. Навколо виразок був відсутній периульцерозний запальний вал, характерний для хронічної виразки.

Т.ч. у постраждалих з тяжкими ЧМТ і опіковою хворобою виникають ГСВ, які ускладнюються кровотечею. Морфологічно стресові виразки Кушинга і Курлінга не мають відмінностей, але спостерігається різниця в термінах їх розвитку. Для хворих з тяжкою краніальною травмою найбільш небезпечний термін їх розвитку 2-3 доба, для опікових хворих 7-10 день, що необхідно враховувати при лікуванні таких постраждалих.